Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 3 kwietnia 1886. № 14. Rok XXV.

I. Z Zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Hlavy w Pradze

Przyczynek do nauki o żółtym przewlekłym zaniku wątroby.

Podał Dr. Andrzej Obrzut,
I. asystent tegoż Zakładu.

Większość autorów zgadza się dzisiaj, że ostry żółty zanik wątroby jest zbiorowém mianem dla różnych spraw, których tak etyjologija jako téż zmiany anatomiczne nie są jednakiemi w każdym przypadku. Przypadki, w których natura zakaźna, polegająca na inwazyi mikroorganizmów, byłaby prawdopodobną, są jeszcze za mało liczne, pasorzyt wywołujący chorobę niedokładnie zbadany, a na drodze doświadczenia nie uczyniono dotąd żadnego kroku, któryby miał jakikolwiek rezultat dodatni.

Do przypadków przemawiających za cechą zakaźną choroby, opisanych przez Waldeyera, Klebsa, Epingera i Hlavę należy przypadek Tomkinsa i Draschfelda *(A case of acute atrophy of liver. The Lancet April* 5 1884). Przypadek ten nie posunął jednak naprzód naszych wiadomości w tym kierunku, bo i tu nie zbadano dokładniéj znalezionego mikroorganizmu pod względem biologicznym a działania jego nie stwierdzono na drodze doświadczenia.

Inne przypadki z najnowszéj literatury: Cayley *(Transactions of the patholog. Soc. of London* 1883), Carrington (*Ibid.* z r. 1885), Albert Venn, Jonkins, Suckling, Hedenius, Mussor (*Virchow.-Hirsch Jahresbericht f. d. J.* 1884 II t.) dostarczyły wprawdzie kilku nowych spostrzeżeń histologicznych, etyjologii jednak w niczém nie rozjaśniły.

I między tymi autorami panuje dawna różnica zdań w kwestyi, czy w téj chorobie punktem wyjścia całéj sprawy chorobowéj jest zwyrodnienie komórek wątrobowych, a jego następstwem zmiany zapalne w podścielisku łącznotkankowém i naczyniach, czy téż zachodzi stosunek odwrotny.

Przypadek, który poniżéj opisać zamierzam, zawiera kilka ważnych szczegółów anatomicznych i histologicznych, które mogą rzucać niejakie światło na sposób, w jaki przychodzi do zaniku miąższu wątrobowego i jak pod pewnemi warunkami zanik ten może przebiegać ostro wywołując objawy ostrego żółtego zaniku wątroby i dla tego uważam ogłoszenie tego przypadku za usprawiedliwione.

Z krótkich klinicznych dat udzielonych mi przez p. Dra Alberta zasługują następujące szczegóły na wzmiankę: Diettrich Franciszek lat 30 liczący, pomocnik ogrodowy, z okolic Pragi, przyjęty został do tutejszéj kliniki dnia 2 grudnia 1885 r. Od krewnych chorego nieprzytomnego dowiedziano się zaledwie, że w 12ym roku przebył jakąś gorączkową chorobę i był zdrów do 23 roku życia. W tymto roku zaniemógł podobnie jak przeszłego roku (1884) na żołądek. O téj chorobie prócz że miał boleści w okolicy żołądka i wymioty częste, trudno się było więcéj coś dowiedzieć nad to, że choroba trwała 14 dni. Obecna choroba rozpoczęła się przed 5 tygodniami od przypadów żołądkowych w sposób dosyć ostry. Wśród boleści w okolicy żołądka wystąpiły wymioty niekiedy krwawe, które codziennie się powtarzały. Zarazem pojawiła się coraz bardziéj zwiększająca się żółtaczka. Stolec miał być regularny. Chory oddawał się codziennym zatrudnieniom do dnia 29 listopada 1885. W dniu przyjęcia do kliniki prof. Eiselta (2/12 1885) stan był następujący: Mężczyzna miernego wzrostu silnéj budowy kośćca, miernego odżywienia. Mięśnie wiotkie, w tkance podskórnéj mało tłuszczu. Skóra wilgotna żółtawa. Błony śluzowe czerwone. Język wilgotny, obłożony. Źrenice rozszerzone, tęczówki oddziaływają leniwie. Mięśnie mostko-obojczyko-sutkowe napięte. Szyja krótka, gruba. Gruczoły karkowe nieobrzmiałe. Klatka piersiowa dobrze wysklepiona. Oddychanie powierzchowne, nieco przyspieszone. Uderzenie koniuszkowe serca w 5. międzyżebrzu na wewnątrz linii brodawkowéj. Wypuk pod obojczykami jawny wzdłuż brzegu mostka sięga w prawo do 7 w lewo do 4 żebra. W linii brodawkowéj wypuk jawny sięga po

prawéj stronie do 7 żebra, tutaj nieznaczne stłumienie przechodzące w odgłos bębenkowy brzucha. W linii łopatkowéj stłumienie wątrobowe wynosi 3 palce. W dolnych częściach płuc nieliczne rzężenia, oddech wszędzie pęcherzykowy. Stłumienie serca sięga od 4 do dolnego brzegu 5 żebra, na szerokość ciągnie się od linii parasternalnéj i kończy się na 2 cm. na wewnątrz od linii brodawkowéj. Tony serca czyste, tętno 84. Stłumienie wątroby znacznie zmniejszone. Brzuch wypukły, miękki, za uciskiem w okolicy pępkowéj bolesny. W jamie brzusznéj mierna ilość wolnego płynu. W ciągu całego biegu ciepłota prawidłowa, raz tylko 37·9 (12/12 1885) Moczenie mierne, w moczu znaczna ilość barwików żółciowych. Sensorium w ciągu całéj obserwacyi klinicznéj zajęte (w nocy bredzenie). Po każdém jedzeniu wymioty. Żółtaczka coraz znaczniejsza. Dnia 13/12 1885 śmierć wśród śpiączki.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Hepatitis interstitialis diffusa chronica in stadio cirrhotico. Icterus, ascites, tumor lienis, Haemorrhoides. (Atrophia hepatis).*

Protokół sekcyi wykonanéj przez prof. Hlavę w 15 godzin po śmierci, dnia 14 grudnia 1885 brzmi: Zwłoki mężczyzny 30 letniego, wielkiego wzrostu, silnéj budowy, miernego odżywienia, skóra w całości żółta, podobnie dostrzegalne błony śluzowe. Szyja gruba, krótka, klatka piersiowa wysklepiona, brzuch napięty a twardszy. Czaszka symetryczna, okrągława, cienka. Opona twarda napięta, żółtawa, opony miękkie podobnéj barwy. Ziarnistości Pacchiona liczne. Tkanka mózgowa dosyć zbita, blada, miejscami obrzękła. Kora prawidłowéj szerokości, bladobrunatna. Komórki nierozszerzone, wyściółka delikatna, zwoje wielkie i móżdżek dosyć zbite, mało krwi zawierające, podobnie most Warola i rdzeń przedłużony. W przewodach żylnych znaczna ilość skrzepłéj krwi. Podściółka tłuszczowa podskórna dosyć silnie rozwinięta. Mięśnie barwy ciemno-czerwonéj. W tkance łącznéj międzymięśniowéj, zwłaszcza nad prawym obojczykiem i w m. piersiowym większym i w jamach pachowych znajdują się liczne punktowate i rozleglejsze wybroczyny. Przepona na stronie prawéj pod 4 na lewéj pod 5 żebrem. Płuca nie pokrywają osierdzia, które niepokryte tłuszczem, w worku sercowym nieco więcéj żółtego płynu. Serce zwiększone, bardzo wiotkie, komórka prawa rozszerzona, ściany jéj na $\frac{1}{2}$ cm. grube, barwy żółtawéj, bardzo kruche. Lewa komórka także rozszerzona, jéj utkanie kruche, blado brunatne. Zastawki wszystkie cieńkie, delikatne, żółtawe. Płuco lewe nieco przyrosłe, opłucna zwłaszcza nad dolnym płatem znaczniéj napięta z licznemi wybroczynami kropkowatemi i prążkowatemi. Miąższ płuc w płacie górnym powietrzny, u podstawy tego płatu ciemno-czerwono zwątrobiały. Również w całym płacie dolnym znajdują się także miejsca zwątrobiałe, miąższ między niemi przesiąkły, przekrwiony. Płuco prawe lekko przyrośnięte, w niém również liczne ogniska zwątrobiałe, zwłaszcza w płacie dolnym. Błona śluzowa pierwszych dróg oddechowych i pokarmowych silnie zaczerwieniona. W tkance łącznéj okołotchawicznéj rozległe wybroczyny. W jamie brzusznéj około 2 litry cieczy surowiczéj; położenie jelit prawidłowe; są one wydęte gazami a pokrywają w całości wątrobę. Po zwyczajném odpreparowaniu jelit widzimy dopiero wątrobę ukrytą pod przeponą i pod łukiem żebrowym. Na wątrobie wyjętéj znacznie zmniejszonéj znajdujemy następujące zmiany. Wątroba waży 810 gramów, długość wynosi 22 cm., z czego przypada na płat prawy 16 cm., na lewy 6 cm. Szerokość w środku prawego płatu 15 cm., w środku lewego płatu tylko 9 cm. Wysokość na najwyższém miejscu 6 cm., ku brzegom grubość znacznie opada (do 3 cm.) Powierzchnia tak zmniejszonego organu jest nierówna a mianowicie spostrzegamy, że brzegi jako tako są zachowane, podczas gdy w środku prawego płatu znajdują się znaczne zagłębienia, z których wystają większe i mniejsze wysepki żółtawe. Miejsca zagłębione są barwy brunatno-czerwonéj o delikatnie ziarnistéj powierzchni, podczas gdy miejsca wystające żółte okazują pewien rodzaj małych guzków. Lewy płat, jak z wymiarów jego wynika, jest znacznie zmniejszony (6 cm. długi, 9 cm. szeroki, a 2 cm. gruby), podobny do ugniecionego płatu płuc; powierzchnia jego delikatnie guzkowata, brzegi uderzająco cienkie i ostre, barwa brunatna przeważa, a tylko około środka wystaje na powierzchni wysepka miąższu żółtawego, a także na tylnim brzegu znajdują się resztki miąższu jako guzki nierówne. Na podstawie znajdujemy stosunki podobne, tylko że miąższu jest więcéj zachowanego, a zagłębień jest mniéj i to w płacie prawym; w płacie zaś lewym stosunki są te same jak na górnéj powierzchni. W innych płatach na podstawie obraz ten sam. Zbitość miąższu jest znaczna, a na powierzchni przekroju znajdujemy osobliwy obraz. W tkance brunatnoczerwono zabarwionéj, która jest uderzająco zbita, tak że w niczém nie przypomina wątroby, wystają nad powierzchnię przekroju wysepki i guzki nierówne, większe i mniejsze barwy zielonawo-żółtéj, miękkie, podczas gdy tkanka podstawowa jest uderzająco zbita. Miąższ tworzący owe guzki jest znacznie miększy, miejscami żółtawemi prążkami przetkany. W płacie lewym tylko nieznaczna ilość wysepek zachowanego miąższu w tkance brunatnoczerwonéj. Przewody żółciowe zupełnie wolne, naczynia nie wydają się być zgrubiałemi. W żyle bramnéj i w żyłach wątrobowych nie ma żadnych zmian. Śledziona znacznie powiększona (46, 15, $4\frac{1}{5}$ cm.), torebka napięta, tkanka dosyć zbita czerwonawo brunatna, podścielisko silniéj rozwinięte; miazgi żadnéj. — Nerki powiększone, utkanie bardzo kruche, brunatno żółtawe. Błona śluzowa żołądka znacznie zgrubiała, na powierzchni guzkowata, łupkowa. Podobny obraz w dwunastnicy. W jelicie grubém błona śluzowa pofałdowana, w jelicie wstępującém w kiszce ślepéj i w końcu jelita biodrowego znaczny obrzęk i obrzmienie mieszków odosobnionych. W pęcherzu mocz żółty, ale zupełnie czysty, Błona śluzowa żółta. Gruczoł przyprątny i jądra niezmienione.

Na podstawie tego wyniku sekcyjnego rozpoznanie anatomiczne brzmiało: Przewlekły żółty zanik wątroby. Następowe powiększenie śledziony z zastoju żylnego, *état mamelloné* żołądka, zrazikowe zapalenie płuc obustronne. Zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego i nerek. Wybroczyny do tkanki okołotchawicznéj międzymięśniowéj w pachach i klatki piersiowéj. Obrzęk jelita ślepego i dolnéj części jelita cienkiego. Żółtaczka ogólna. Puchlina brzuszna. (C. d. n.)

II. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

VI. Środki mechaniczne. *a)* Letzerich i Stoerck radzą gwałtownie zdzierać pokłady dyfterytyczne gąbką lub

szczypczykami, a Eidam podał nawet osobny przyrząd do tego *(Diphtherolyter)*. *b)* Bouchut, Paillot, Symyan, Domere i Spechahn radzą wycinać migdałki w samym początku choroby.

VII. Leki niby swoiste jakoto: chloran potasowy (do przestrzykiwań 2—3%, do pędzlowań 4%, do wziewań 2%, wewnętrznie co najwyżéj 2%); kwiat siarczany (do zasypywania gardła kilka razy dziennie); brom (*Aq. bromata* 1:500 do przestrzykiwań, nadto do wziewań w formie gazu wywiązującego się na gąbce lub wacie z rozczynu: *Rp. Kali bromati. Bromi puri āā* 1·00, *Aq. destill.* 200·00 *MDS.* Co ½ godziny wziewać przez 10 minut); Jod i jodek potasu (*Tra Jodi* do pędzlowań, wziewania z jodku potasowego w rozczynie 2—3% lub też z rozczynu *Jodi puri* 0·06, *Kali jodati* 0·25:100 *Aq. destill.*); Pilokarpin według przepisu Guttmanna (*Rp. Pilocarpini muriatici* 0·02—0·04, *Pepsini gallici* 0·60—0·80, *Acidi muriat. diluti guttas duas, Aq. destill.* 80·00 *MDS.* Co 2 godziny podawać łyżeczkę od kawy z winem); Kalomel wewnętrznie (w dawkach 0·20—0·30 lub 0·60 dziennie), albo Kalomel z ałunem *(Calomelanos* 0·01, *Aluminis* 0·15 *pro dosi)*, a nawet z jodkiem potasu; proszek z kalomelu do zasypywania wytworów chorobowych (Koszutski *Rp. Calomelanos vapore parati* 0·20—0·40 *pro dosi* do zasypywania 1—2·0 dziennie); szarucha do wcierań 5—6·00 na dzień, sinek rtęciowy *(Rp. Hydrargyri cyanati* 0·10—0·20—0·40:100 *Aq. MDS.* Co godzina po łyżeczce od kawy); wziewania pary z cynobru (paczkę cynobru dwugramową wrzuca się do herbatki z malwy lub fijołków gotującéj się nad lampką spirytusową i cały ten przyrządzik ustawia się koło łóżka chorego, a z małemi przerwami podtrzymuje się ciągle wydobywanie się pary od początku choroby aż do jéj zakończenia. Abeille); Chinin podawany wewnętrznie przeciw objawom gorączkowym i zakażeniu ustroju; papayotyn mający niezawodnie, zdaniem Kotha i Ascha, Bouchuta i innych, rozpuszczać znakomicie błony dyfterytyczne i zwalczać chorobę *(Rp. Papayotini* 2·0, *Aq. font. destill.* 16·0, *MDS.* Do pędzlowań co godzina); Kwas mlekowy (do pędzlowań *Rp. Acidi lactici* 3·00, *Glycerini* 60·00 i do wziewań: *Rp. Acidi lactici* 5·0: *Aq. fontis dest.* 100·00, albo w tym samym stosunku do przestrzykiwań); Będźwinian sodowy lub magnowy (Klebs zaleca 3·20grm. tego środka, odpowiednio do wieku i ciężaru ciała osoby choréj, obok znacznych dawek chininu przeciw gorączce; Demm zaleca również wziewania z będźwinianu sodowego, a nawet wstrzykuje rozczyn tegoż środka 5:10 *aq.* w miąższ nabrzękłych migdałków); woda wapienna (do płukania, przestrzykiwań i pędzlowań); pepsyna (*Rp. Pepsini germanici* 4·0, *Aq. fontis* 180·00, *Acidi muriat. dil. guttas* 15—20 *MDS.* pędzlować co godzina (Danilewski) i *Pepsini* 4·0, *Acidi muriat. dil. guttas.* 5, *Aq. fontis destill.* 120·0, *filtra DS.* Do wziewań (Dougtky)); neuryn (*Rp. Neurini* 3·6—6·0. *Aq. fontis destill.* 100·0 *DS.* Do pędzlowań a w rozczynie 5% do wziewań), podobnież *Rp. Tetramethyl. ammoniumoxyd.* i *Tetraaethylammonium hydroxydi* 2:100 *Aq.* do pędzlowań lub 5:100 do wziewań; amonijak z gliceryną w równych częściach do pędzlowań; gliceryna do pędzlowań i wziewań; węglan litowy 1—3% do przestrzykiwań i wziewań; dwuwęglan sodowy, węglan potasowy, azotan potasowy lub sodowy, sól kuchenna wewnętrznie; ciepła woda do płukania i wystrzykiwań, gorąca para wodna i łaźnia rosyjska; w końcu nadtlenek wodu (Vogelsang: *Rp. Sol. hydrogen. superoxydati* (2%) 120·00, *Glycerini* 3·0, *MDS.* Co ½—2 godzin po łyżeczce od kawy).

Jak widzimy z krótkiego tego poglądu na poważny szereg leków różnych kategoryj, nie zbywa nam na środkach ani też na mniéj lub więcéj umiejętnie przeprowadzonych doświadczeniach terapeutycznych z lekami temi, zachwalanemi nieraz zbyt sangwinicznie w leczeniu dyfteryi; lecz niestety, jak już wspomniałem, nie mamy ani jednego środka w istocie swoistego, któryby w ogóle wywierał widocznie korzystny wpływ w przypadkach złośliwych lub ciężkich dyfteryi; a jeżeli nadto uwzględnimy, że w wielu epidemijach błonicy mnóstwo przypadków téj choroby kończy się pomyślnie nawet bez jakiegokolwiek leczenia lub téż tylko przy użyciu środków ludowych, najprostszych, jak np. przy płukaniu gardła wódką rozcieńczoną, okładaniu szyi słoniną lub przez postawienie kilku pijawek na mocno obrzękłe gruczoły, to przyjdziemy do przekonania, że przy ocenianiu wartości terapeutycznéj jakiego leku w dyfteryi narażeni jesteśmy na wiele złudzeń, które nam każą przeceniać doniosłość leku używanego. Nadto wielu autorów w przeprowadzaniu doświadczeń z lekiem nowym nie rozróżnia dostatecznie form chorobowych dyfteryi, miesza zapalenie dyfterytyczne połyku towarzyszące szkarlatynie z dyfteryją samoistną i ocenia wartość leku według pomyślnych wyników leczenia i téj przypadłości w szkarlatynie lub w lekkich formach dyfteryi, a następnie zachwala lek ten jako nieoceniony nawet w formach cięższych dyfteryi samoistnéj. W celu poparcia słów moich przytoczę tylko kilka przykładów, a przedewszystkiém ustęp ze streszczonéj rozprawki kol. Koszutskiego „O stosunku dyfteryi do krupu i o jéj wyłącznie lokalném leczeniu jednochlorkiem rtęci. Poznań, 1884“, streszczenie w Nrze 5 dziennika IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu w r. 1884 str. 20, w którém czytamy: „Z 36 przypadków błonicy, leczonych (przez Dra Koszutskiego) jednochlorkiem rtęci *in statu nascendi*, t. j. przez wypłukanie lub wystrzykanie połyku 2—5% rozczynem soli kuchennéj, a następnie przez dokładne zasypanie 0·20—0·40 kalomelem dobrze sproszkowanym, przypada 10 przypadków na dyfteryję miejscową (a zatém bardzo lekką!), 26 zaś na dyfteryję towarzyszącą szkarlatynie (czyli raczéj na dyfterytyczne zapalenie połyku towarzyszące szkarlatynie z przebiegiem nieco cięższym) i na dyfteryję samoistną. Tak w idyjopatycznéj jak i z płonicą (szkarlatyną) zespolonéj, groźnie z wysoką ciepłotą ciała i zajęciem mózgowia, śpiączką, białkomoczem itd. występującéj dyfteryi, nie używał kol. Koszutski, czyli nie potrzebował użyć więcéj zasypywań nad 6 i to na 3 dni rozłożonych“ odnosząc oczywiście najlepsze wyniki z tego sposobu leczenia. Weisse podobnież cudowne wyniki przypisuje kwasowi salicylowemu *(Rp. Acidi salicylici* 1·00, *Spirit. vini, Glycerini āā* 25·00 *MDS.* Do pędzlowań) a z 150 chorych leczonych tym sposobem stracił tylko jednego!!! Korach używając 10% kleiny jodoformowéj *(Jodoformcollodium)* do pędzlowań 6 razy dziennie, stracił tylko 1 chorego na 72 przypadków, wprawdzie lekkich. Co więcéj Andeer nie miał ani jednego przypadku śmierci na 222 przypadków dyfteryi leczonych resorcynem (używając ½% rozczynu do wystrzykiwań i wziewań, a kryształków resorcynu lub silnéj maści resorcynowéj do wypalań nalotów dyfterytycznych i w przypadkach cięższych podając resorcyn wewnętrznie). Umyślnie wybrałem przykłady najbardziéj bijące w oczy

i oparte na największéj liczbie przypadków dyfteryi leczonych różnemi lekami, aby wykazać, jak należy być ostrożnym w krytycznem ocenianiu wartości terapeutycznej leków, entuzyjastycznie zachwalanych przez różnych autorów, z najlepszą wprawdzie wiarą, lecz z nienależytém uwzględnianiem charakteru chorobowego. Przez mięszanie przypadków dyfteryi samoistnéj z przypadkami szkarlatyny, w któréj zapalenie dyfterytyczne nigdy tyle poważnych obaw nie budzi, co w dyfteryi w ścisłém słowa tego znaczeniu pojętéj, przez zaliczanie do dyfteryi przypadków zapalenia mieszkowego (*Angina tonsillaris folliculosa*) lub cięższego nieżytowego, podnosi się wprawdzie nader imponująco statystyka przypadków objętych ogólną nazwą „dyfteryi“ i cudowność leku wzrasta, lecz naśladowców zwłaszcza na prowincyi prędko ogarnia przykre rozczarowanie, gdy w przypadku cięższym lub złośliwym dyfteryi, ani kalomel, ani kwas salicylowy, jodoform lub resorcyn skutków zbawiennych nie rozwijają, a choroba szybkim krokiem zbliża się do fatalnego zejścia.

Nie można się potém dziwić, że w obecnych warunkach naukowych pojęć o dyfteryi i przy obecném stanowisku zabiegów terapeutycznych wielu lekarzy dochodzi niemal do nihilizmu terapeutycznego w ciężkich przypadkach dyfteryi i że w zupełności uzasadnioném jest zdanie moje na początku niniejszego rozdziału wypowiedziane „że nie należy się spuszczać na cudowne działanie leków niby swoistych, lecz przez harmonijne zespolenie leczenia ogólnego i miejscowego stworzyć warunki jak najkorzystniejsze do wyeliminowania choroby dyfterytycznéj z ustroju.“ W przypadkach lżejszych choroby wystarczy nam którykolwiek lek przeciwgnilny racyjonalnie użyty miejscowo i środki wzmacniające organizm, jak szczególniéj koniak, dobre stare wino i odwar kory chinowéj, a w przypadkach złośliwych nie wolno nam zaś opuszczać rąk bezkarnie, ani też przedwcześnie tryumfować, lecz głównie należy podtrzymywać odporność organizmu i krzepić energiję serca, unikać natomiast wszystkiego, co może zmniejszyć siłę jego, jak np. pilokarpinu, z drugiéj strony atoli, kładąc głównie nacisk na leczenie ogólne, nie należy nam również zaniedbywać i leczenia miejscowego, lecz przez staranne miejscowe dezinfekcyjonowanie połyku należy się nam starać o usunięcie szkodliwego wpływu, jaki rozszerzające się złogi chorobowe bez wątpienia wywrzeć mogą.

Każdy z lekarzy więcéj tą chorobą zaprzątniętych ma swój system leczenia, każdy stara się naukowo uzasadnić potrzebę użycia jednego lub drugiego leku, dla tego też sądzę, że będzie nie od rzeczy, jeżeli tutaj pokrótce przedstawię leki, których ja z predylekcyją używam i jeżeli w celu ilustrowania ich działania załączę do niniejszéj rozprawki kilka historyj chorób przypadków ściśléj obserwowanych.

Obejmując chorego na dyfteryję w leczenie, staram się przedewszystkiém, oczywiście w granicach możliwości, jak najlepiéj urządzić pokój, w którym chory ma przebywać dyfteryję. Pokój powinien być o ile można wielki, dobrze przewietrzany i w odstępach 3godzinnych wykadzany terpentyną, rozpylaną za pomocą rozpylacza, lub też ulatniającą się na gorącéj wodzie. Czystość powinna być przestrzeganą skrupulatnie, bielizna zmieniana powinna być natychmiast zanurzaną w 5% roztworze kwasu karbolowego; pędzle, łyżki i łyżeczki powinny również być wyczyszczone tym roztworem dezinfekcyjnym.

Choremu, odpowiednio do jego wieku, odporności organizmu i budowy jego, podaję leki działające ogólnie i leki miejscowe. Do płukania, a jeżeli płukanie jest niemożebném, do przestrzykiwania gardła używam zazwyczaj albo wody wapiennéj, na wpół z wodą przekroploną (*Rp. Aq. Calcis, Aq. destillatae āā* 500·00 *MDS.* Do płukania co pół godziny), albo też w przypadkach zwłaszcza cięższych kwasu borowego 2—3% (*Rp. Acidi boracici* 10·00—15·00, *Aq. destillatae* 500·00 *MDS.* Do płukania co pół godziny) i leku tego używam tak do płukania jak i do przestrzykiwania połyku. Jeżeli dziecko płukać nie umie, wówczas wystrzykuję gardło należycie, lecz nie zbyt silnym prądem w odstępach 2—3 godzinnych; u dzieci starszych, które płukać umieją, wystrzykuję przynajmniéj 3 razy dziennie gardło najlepiéj przed pędzlowaniem lub zasypywaniem błon dyfterytycznych. Do wystrzykiwań używam albo balonika, albo co lepiéj strzykawki szklanéj mocnéj z kanką dziurkowatą w postaci sitka. Nadto w przypadkach lżejszych używam 2 lub 3 razy dziennie pędzlowań nalotów dyfterytycznych resorcynem (*Rp. Resorcini puri* 2·00, *Aq. Menthae pip. Glycerini āā* 10·00 *MDS.* Do pędzlowań), w przypadkach zaś cięższych polecam co 2 godziny tak samo 10% roztwór resorcynu, ale w wyskoku (*Rp. Resorcini puri* 2·00, *Spiritus Menthae pip. Glycerini āā* 10·00 *MDS.* Do pędzlowań). Przy pędzlowaniach nie ścieram początkowo błon dyfterytycznych, bo to się na nic nie przyda, gdyż błony te nadzwyczaj prędko się odnawiają, a choremu zadaje się niepotrzebnie ból, rozkrwawia się błonę śluzową i dzieci zniechęca się do pędzlowań następnych; natomiast gdy już po kilku dniach błony same się oddzielają, usuwam je delikatnie zwitkiem waty Brunsa owiniętéj naokoło patyczka, a następnie miejsca chorobowo zmienione zasypuję jodoformem w proszku, już to czystym, już to z dodatkiem sody w stosunku 1:5, lub też pędzluję zawiesiną jodoformową (*Rp. Jodoformii desodorati faba toncae* 10·00, *Ol. Olivarum* 40·00, *Glycerini* 80·0. *MDS.* Dobrze zamięszawszy, pędzlować). W ostatnich czasach używam również: kwasu mlekowego do pędzlowań (*Rp. Acidi lactici* 1:20, *Glycerini*), kalomelu do zasypywań po poprzedniém wypłukaniu połyku 2—5% roztworem soli kuchennéj lub też sublimatu (*Rp. Sublimati corrosivi* 0·05—0·10 *Aq. destillatae* 50·00. *MDS.* Do pędzlowań), albowiem według doświadczeń poczynionych z błonami dyfterytycznemi rozpuszczanemi w różnych środkach, leki te najprędzéj i najłatwiéj błony powyższe rozpuszczają. Dodatek spirytusu do pędzlowań nie jest koniecznym, albowiem wyskok rozpuszcza szybko tylko składniki tłuszczowe błon, a natomiast część włóknikowa staje się twardszą, prócz tego wyskok palący sprawia ból dzieciom pędzlowanym; a ma tylko tę stronę dodatnią, że powstrzymuje szerzenie się mikroorganizmów; pod tym względem jednak dorównać mu może każdy lek przeciwgnilny w wodzie przekroplonéj rozpuszczony; natomiast gliceryna stanowi obok wody dobry dodatek, gdyż błony dyfterytyczne w glicerynie nabierają większéj przejrzystości. Ze środków wspomnianych, kalomelu używam głównie w przypadkach leczonych w domach odległych, w których mogę bywać raz tylko na dzień, albowiem należyte zasypanie błon dyfterytycznych proszkiem kalomelowym usuwa już potém potrzebę częstego pędzlowania i rozwijając zbawienne skutki dezinfekcyjne w istocie dobre może oddawać usługi, z tém jednak zastrzeżeniem, że i lek ten nie jest niezawodnym, gdyż tak samo nie ocala chorych dotkniętych złośliwą błonicą, używany nawet w samych początkach z całą starannością, ściśle według przepisu

kol. Koszutskiego, jak i inne środki. Podnoszę tylko jako jego główną zaletę, że z pomiędzy środków dezinfekcyjnych zasługuje z tego względu na uwzględnienie, że jest wygodnym do użycia, zwłaszcza w 3 pierwszych dniach choroby i chorego nie trzeba męczyć pędzlowaniami, lecz tylko 2 razy lub 3 najwięcéj na dobę błony dyfterytyczne starannie zasypać. Kwas mlekowy i sublimat również stosunkowo szybko rozpuszczają błony dyfterytyczne, a nawet prędzéj niż papayotyna (w rozczynie 0·10:2·00 *Aq*), a o wiele szybciéj niż woda wapienna, chloran potasowy, bromek potasu i alkalia i z tego względu zasługują również na zalecenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Adolf Baginsky: **Wykład chorób dzieci, podręcznik dla lekarzy i studentów, przekład Dra W. Kosmowskiego z wydania niemieckiego z roku 1883.** T. I. Warszawa, 1886.

Dr. A. Baginsky, obecnie docent pedyjatryi w Uniwersytecie berlińskim, ogłosił drukiem w r. 1883 w zbiorze Wredena (*Wredens Sammlung kurzer medizinischer Lehrbücher*, tom VI) podręcznik o chorobach dzieci pod tytułem: *Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studirende.* Braunschweig, tom I. Dzieło to napisane starannie znamionujące autora gruntownie obeznanego z przedmiotem i wytrawnego pisarza zaraz po wydaniu pochlebnie oceniły niemieckie pisma lekarskie a szczególniéj specyjalne dzienniki pedyjatryczne i ginekologiczne. Niezapuszczając się w obszerną krytykę oryginału niemieckiego i przyznając dziełku temu należyte zalety zaznaczyć jedynie wypada, iż w podręczniku Baginskiego niektóre działy chorób traktowane są więcéj szczegółowo, inne znów zbyt krótko albo są całkiem pominięte. Tu idąc za oceną Dra Kormana ogłoszoną w *Jahrbuch für Kinderheilkunde und phys. Erziehung*, t. XIX, 1883, str. 224, zwracamy uwagę, że w podręczniku nie ma wcale wzmianki o chorobach wymagających leczenia ortopedycznego jakoteż o chorobach stawów wydarzających się w wieku dziecięcym, z wyjątkiem pobieżnéj wzmianki o tych postaciach, które przychodzą wśród przebiegu zołzów i krzywicy. Z naszéj strony dodać jeszcze musimy, że opisu ospy, w naszym kraju niestety tak powszechnéj choroby, Baginsky nie podaje wcale, wspominając o niéj tylko w rozdziale o ospicy: że po zaprowadzeniu ogólnego szczepienia ospa naturalna straciła na znaczeniu, a on od roku 1871 nie widział wcale ospy prawdziwéj u dzieci. Jeżeli Dr. Baginsky wykonywa praktykę wśród tak szczęśliwych okoliczności, iż ospy wcale nie widział i widzieć jéj się nie spodziewa, to przecież wydając podręcznik dla drugich, znajdujących się pod tym względem w mniéj korzystnych warunkach, opisu tak ważnéj choroby pomijać nie powinien. Mimo tych braków dzieło Baginskiego jest dobrze napisaném i pożyteczném zarówno dla początkującego studenta, jak i praktycznego lekarza.

Tyle o oryginale niemieckim. Wydanie polskie Dra Kosmowskiego jest dosłownêm tłumaczeniem oryginału. Dotychczas wyszła z pod prasy dopiero jedna trzecia część dzieła (do str. 247 oryginału), zawierająca część ogólną, t. j. właściwości fizyjologiczne wieku dziecięcego, pielęgnowanie i odżywianie, badanie dzieci, przyczyny chorób i leczenie. Z części szczegółowéj znajdują się tu przetłumaczone choroby noworodków i choroby ogólne. Ta przetłumaczona cząstka podręcznika Baginskiego nosi tytuł tomu pierwszego a tłumacz obiecuje nam wkrótce wydanie drugiego i trzeciego tomu. Patrząc na jednotomowy oryginał niemiecki nie możemy pojąć, co skłania tłumacza do rozdzielania wydania swego aż na trzy tomy.

Jeżeli, jak to już wyżéj powiedziałem, wydanie polskie jest dosłownêm tłumaczeniem, przeto w ogólności posiada wszystkie zalety oryginału niemieckiego. Po tłumaczu spodziewać się jedynie należy, aby język był czysty, zwroty duchowi jego odpowiednie, a przytêm myśli autora jasno i wiernie oddane. Pod temi względami jednak przekład polski na wielu miejscach czytelnika nie zadowala. Pomijając terminologię wyrazów ściśle lekarskich, z którą w zupełności pogodzić się nie możemy, przekład w wielu miejscach, że się tak wyrażę, nie jest dosłownym, lecz niewolniczym; przez wprowadzanie żywcem wyrazów łacińskich lub francuskich dla tego, że użytemi były w oryginale niemieckim, lub w skutek używania rzeczowników lub przymiotników nieodpowiednio myśl oddających dzieło traci miejscami cokolwiek na swéj wartości. Kilka przykładów wystarczy: I tak czytamy na str. 15 „Kwestyja pielęgnowania dziecka koncentruje się w regulowaniu karmienia (w oryginale: „*Concentrirt die kindliche Pflege auf die Leitung der Ernährung*“), str. 81: z różą trudno ją zmięszać (co ma znaczyć: „*mit Erysipelas lässt sich dieselbe kaum verwechseln*“). W opisie krzywicy na str. 248 czytamy: „po pewnym czasie włosy na tylnéj powierzchni głowy wypadają tak, iż skóra na potylicy pokryta jest zaledwie ich szczątkami“. Co ma tłumaczyć następującą myśl autora: „*nach einiger Zeit merkt man am Hinterhaupt ein Abschwinden des Haupthaares, die Hinterhauptschuppe ist nur mehr mit Haarstümpfen bedeckt*“. Z tak przetłumaczonego zdania zdawałoby się, że w przebiegu krzywicy w okolicy potylicowéj włosy wypadają, tymczasem jak to wszyscy wiemy w skutek poruszania głową włosy się tylko wycierają czyli odłamują przy saméj skórze a cebulki ich pozostają. To téż w oryginale niemieckim wyrazy „*Abschwinden*“ i „*Haarstümpfe*“ sprawę tę określają, a tłumaczenie polskie, że włosy wypadają z pozostawieniem szczątków jest niejasnêm, sprawy należycie nie przedstawia a w skutek tego u początkującego lekarza wyrobić może wątpliwe pojęcie o powyższém zjawisku.

Niechcę dłużéj nużyć czytelnika; te kilka przykładów wystarczy do przekonania, że dotychczas wydana część podręcznika Baginskiego ma pewne usterki i z upragnieniem życzyćby należało, aby dalsze części mogły się odznaczać większą starannością w zachowaniu form językowych i wiernością w oddawaniu myśli autora. *M. L. J.*

F. Gehrig: **O fermentach w moczu.**

Opierając się na doświadczeniach Grütznera i Sahliego badał autor zależność ilości pepsyny, pankreatyny i ptyaliny od przyjmowania pokarmów. Doświadczenia uskuteczniał częścią na ludziach, częścią na psach i królikach. Ilość fermentów oznaczał metodą kolorymetryczną Grütznera, polegającą na własności włóknika porywania ze sobą cieczy fermentów, które go następnie trawią. Jeśli użyje się włóknika zabarwionego karminem, oddaje on barwik w miarę trawienia, co daje możność sądzenia o względnéj ilości fermentu. W celach porównawczych ustawiał autor szereg probierek zawierających 5 cm. wody, do których dodawał od 1 do 10 kropli wyciągu glicerynowego z błony śluzowéj żołądka królika, a następnie kawałki włóknika zabarwionego karminem. Po 2 godzinach oddawał ciecz z nad włóknika, który miał zabrać ferment a dodawał 5 cm. 1% kw. solnego. Stósownie do ilości kropli wyciągu fermentu otrzymał różne stopnie

zabarwienia, z któremi porównywał mocz badany. W tenże sposób utworzył sobie skale dla trypsyny, ponieważ jednak utrzymuje się ten ferment w 1% rozczynie sody, więc rozczynie alkalicznym, używał do barwienia włóknika nie karminu, lecz barwika czerwonego Magdala. Ptyalinę oznaczał przez gotowanie włóknika porywającego ten ferment z kleikiem skrobi i zgęszczonym rozczynem wodnika sodowego. W dalszym ciągu wnosił autor o ilości ptyaliny z ilości siarsinku potasu, przypuszczając, że ilości te są równorzędne. I tutaj posługiwał się metodą kolorymetryczną, zakwaszając mocz badany kw. solnym i dodając kilka kropli chlorku żelazowego. Za pomocą powyższych metod doszedł do następnych wyników: 1) Prawidłowy mocz ludzki zawiera pepsynę, pankreatynę i ptyalinę w zmiennych ilościach. 2) Ilość pepsyny i trypsyny zmniejsza się po przyjęciu pokarmów i dosięga swego minimum w 3—4 godzin po jedzeniu, przeciwnie zaś zwiększa się ilość ptyaliny. 3) Wszystkie te ferementy występują w znacznéj ilości po głodzeniu.

Na podstawie tych doświadczeń twierdzi autor, że pepsyna i trypsyna nie są pochłaniane z powierzchni błony śluzowéj i przez mocz wydalone z krwi jako gotowe fermenty, lecz że znajdują się w przybłonkach odnośnych gruczolów, jako białkowate istoty tworzące ferment, propepsyna i protrypsyna, jako takie dostają się do krwi, a z nią do nereki w których przybłonkach odbywa się zamiana na gotowy ferment.

Metody powyższe badania jakotéż ich wyniki miałyby nader ważne znaczenie tak dla fizyjologii, jak dla patologii, gdyby im można było ufać, gdyby się w pracy saméj nie napotykało na częste a rażące niedokładności, dziwnie odbijające od wyników nader ścisłych i subtelnych. Pominąwszy już samą metodę kolorymetryczną w zasadzie bardzo względną i nieścisłą, napotyka się niedokładności, obniżające wartość badań. Do porównania służyła autorowi skala utworzona przez zwiększającą się ilość kropli wyciągu glicerynowego trzustki lub żołądka. W jaki sposób jednak wyciąg ten był przygotowany, autor wcale nie podaje, a ważnąby było rzeczą wiedzieć ten szczegół, zważywszy, jak różną może być ilość fermentu w wyciągu, stósownie do postępowania. Jeszcze większe wątpliwości nasuwają badania nad ptyaliną, którą autor oznaczał gotując przez pewien nieoznaczony bliżéj czas ferment strącony z moczu za pomocą włóknika i porównywając ze skalą otrzymaną przez podobne gotowanie fermentu wprost ze śliny otrzymanego. — Oznaczał téż autor ptyalinę pośrednio, oznaczając chlorkiem żelaza kolorymetrycznie ilość siarsinku potasu, twierdząc, że jakkolwiek nie mamy żadnych doświadczeń w tym kierunku, jednak możemy przypuścić, że równocześnie z ilością tegoż połączenia i ilość innych składników zmieniać się będzie. Pominąwszy nawet, że na takie apriorystyczne założenie, nie poparte badaniami, zgodzić się nie można, rażąco nieudolną i wątpliwą jest metoda oznaczania ilości siarsinku potasu, jeśli zważymy, że w ślinie znajdują się tak małe ilości tegoż ciała, iż zaledwie bardzo a bardzo słabe dają zabarwienie z chlorkiem żelaza, iż nawet dłuższy czas wahano się z uznaniem obecności tegoż połączenia, — autor zaś oznaczał je w moczu w 5 cm., więc w minimalnych ilościach, gdzie nadto musi wchodzić w rachubę wielka liczba innych ciał, zaciemniających to oddziaływanie. Mimo tych niedokładności olbrzymich autor podaje nader ścisłe wyniki tego sposobu. Dziwna rzecz, iż zaraz potém oznacza w tenże sam sposób ilość wydzielanego salicylanu sodowego chlorkiem żelaza, nie rachując się zupełnie z obecnością siarsinku potasu, który jednak podług niego tak czułym jest na powyższe oddziaływanie! Takie zasadnicze błędy i usterki dziwnie nie licują z drobiazgową ścisłością i dokładnością wyników i każą przyjmować całą pracę z wielką ostrożnością i zastrzeżeniem. (*Pflügers Archiv*, 38 T. 1. 2). *G. Piotrowski.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. **O rozpoznawaniu sporyszu w mące.** Hilger wykonywał badania liczne porównawcze nad różnemi metodami, służącemi do wykrywania i oznaczania sporyszu w mące. Najczulsze i najdokładniejsze są dwie metody: metoda Palma i metoda E. Hoffmanna. Metoda pierwsza polega na badaniu smug absorbcyjnych w przyrządzie widmowym. Wykonanie jéj dość jest mozolném, dużo czasu wymagającém z powodu sączenia osadów, i o tyle trudną do uskutecznienia, że wymaga przyrządu, który nie zawsze znajduje się pod ręką. Czułość metody Palma ocenia Hilger na 0,5% sporyszu. Metoda E. Hoffmanna jest łatwiejszą do wykonania i zdaniem Hilgera dokładniejszą, bo wykazuje jeszcze dokładnie 0·01 a nawet 0·005% sporyszu. Wykonanie jéj jest następującém: Dziesięć grm. mąki wytrawia się 20grm. eteru, do którego dodano 10 kropli rozcieńczonego SO_4H_2 (1:5), przez 12—24 godzin w kolbie dobrze zamkniętéj przy ciepłocie pokojowéj. Następnie ciecz się dekantuje, sączy, obmywa znów do 20grm. eteru, i dodaje 10—15 kropli na zimno wysyconego rozczynu wodnego $NaHCO_3$. Teraz kłóci się całą ilość płynu z wodą destylowaną. W wodę destylowaną przechodzi barwik sporyszu, barwiąc ją mniéj lub więcéj mocno fiołkowo. Hilger zauważył, że reakcyja wybitniéj występuje, jeżeli przed wytrawieniem mąki eterem z SO_4H_2 zaprawia się ją kilku kroplami (do 20%) rozczynu KOH i przez 10 minut pozostawia, aby mąka napęczniała. Naturalnie, że w takim razie należy dodać więcej SO_4H_2, aby zobojętnić KOH. Dość dokładne wyniki daje także badanie mikrochemiczne. Przy takiém badaniu postępował Hilger, stosownie do zalecenia Steebuscha (*Ber. d. chem. Ges.* 16, 2449), w sposób następujący. Nasamprzód przyrządza się rozczyn diastazy 50grm. drobno potłuczonego słodu, wytrawia się przez 2 godziny 500sz.cm. wody przy ciepłocie 30—45°C., poczém rozczyn ten przesącza się. Następnie 2grm. mąki próbować się mającéj zaprawia wodą wrzącą, aż się zrobi klajster i nalewa 100sz.c. wyciągu słodowego, pozostawiając wszystko przez 2—4 godzin w ciepłocie 40—50°C. Następnie dla odstania zostawia się jeszcze ciecz tę przez jakiś czas (do 12 godzin) w ciepłocie pokojowéj. Potém ciecz się odsącza, a osad bada pod drobnowidem. Teraz można dokładnie widzieć charakterystyczne delikatne utkanie sporyszu. Również charakterystycznie występuje oddziaływanie na jod. Podczas gdy skrobia pod drobnowidem zabarwia się na fijołkowo z rozczynem jodu, to tkanka sporyszu (jak w ogóle *celulosa* grzybów) barwi się żółto-brunatno. Co do metody trimetylaminowéj, to Hilger zgadza się zupełnie z Pohlem, że ług potasowy wywołuje woń trimetylaminu także i w mące nie zawierającéj sporyszu, lecz skutkiem dłuższego przechowywania w miejscu wilgotném, uległéj już częściowo procesowi gnicia. (*D. chem. Ztg.*, 1886, Nr. 1).

Ω. **Zatrucie kamforą.** Urzędnik pewien, który przedłużył sobie samowolnie urlop, chciał symulować chorobę i w tym celu użył wewnętrznie dwóch kawałków kamfory wielkości orzecha muszkatełowego. Już po upływie kilku minut wystąpiły objawy zatrucia, pod każdym względem podobne do długo trwającego i z kilku okresów złożonego napadu padaczkowego. Podanie kawy i nalewki belladonowéj usunęło dość szybko objawy zatrucia. (*D. med. chem. Ztg.*, Nr. 1).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 13 stycznia 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 27.

1. Koll. urzędnicy Tow. zdali sprawę z czynności naukowych i administracyjnych z r. 1885.

2. Kol. Obaliński omówił nową przez siebie podaną metodę podniesienia nosa zapadniętego, przedstawiając zarazem kobietę, którą w ten sposób od oszpecenia uwolnił. (Rzecz ta była ogłoszona w Przeglądzie Lek.). *Dr. Dobruchowski.*

Posiedzenie z dnia 20 stycznia 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 24.

1. W dyskusyi nad metodą podniesienia zapadniętego nosa, podaną na poprzedniém posiedzeniu przez kol. Obalińskiego uznaje kol. Mikulicz metodę tę za cenne wzbogacenie chirurgii plastycznéj nosa a niejako za uzupełnienie metody swojéj. Pierwsza jest wskazaną w przypadkach zapadnięcia końca nosa, druga przy tegoż siodełkowatém zaklęśnięciu. Przy téj sposobności demonstruje kol. Mikulicz na rysunku i fotografii przypadek metodą swoją operowany z dobrym skutkiem. Kol. Obaliński zgadza się z tém zapatrywaniem.

2. Kol. Jan Rosner opisuje przypadek zakończenia odbytnicy w pochwie z następném zaparciem żywota i zboczeniem w przebiegu porodu obserwowany w klinice prof. Madurowicza. (Wykład ten ogłoszony został w Przeglądzie Lek.).

Kol. Jordan z okoliczności, iż w opisanym przypadku nagromadzenie kału w odbytnicy stanowiło zawadę porodową, opisuje przypadek z własnéj praktyki, w którym zawada porodowa polegała na przepuklinie pochwowéj pęcherza moczowego, moczem przepełnionego, a gdzie z powodu siności powierzchni obrzęku, oraz zajęcia znacznéj części prawéj okolicy sromowéj, pomięszanie z krwiakiem pochwy i sromu było możebne.

3. Kol. Prus mówił „o leucynie we krwi bielicowéj“. Prelegent skreśliwszy rozwój nauki o różnych postaciach bielicy, opisuje przypadek bielicy gruczołowéj, obserwowany w klinice prof. Korczyńskiego. W przypadku tym były bardzo powiększone gruczoły limfatyczne krezkowe, tworzyły bowiem guz wielkości głowy dorosłego człowieka. Również na karku, pod pachami i w pachwinach znajdowały się gruczoły rozmaitéj wielkości, aż do objętości jaja kurzego. Stosunek ciałek białych krwi do czerwonych był jak 1 : 28. W kropelce krwi otrzymanéj przez nakłócie palca zauważył nadto kol. Prus twory okrągłe, składające się z drobniuchnych igiełek ułożonych promienisto. Wielkością swą przewyższały one ciałka krwi 2 do 5 razy, badanie zaś mikrochemiczne wykazało, że twory te są kryształkami leucyny. Ilość téj ostatniéj we krwi wspomnianego chorego musiała być bardzo znaczną, skoro już w jednéj kropelce krwi roztartéj na szkiełku układa się leucyna w tak piękne kryształki. Leucyna znajdowała się również w moczu tego chorego w znacznéj ilości, z kropli bowiem zostawionéj na szkiełku przez kilka godzin, wytworzyło się mnóstwo kryształków leucyny obok kwasu moczowego itp. Według metody Salkowskiego otrzymano z tego moczu leucynę i hypoksantynę. Obecność tak znacznéj ilości leucyny we krwi i moczu powyższego chorego tłumaczy prelegent nadmiernem powiększeniem się gruczołów limfatycznych a na poparcie swego twierdzenia przytacza: 1) że leucyna znajduje się w gruczołach limfatycznych już w stosunkach prawidłowych, 2) że w przypadkach powiększenia się gruczołów limfatycznych z innego jakiegobądź powodu napotykano leucynę w krwi i moczu, 3) że leucynę znajdowano dotychczas tylko w tych przypadkach bielicy, w których gruczoły limfatyczne były znacznie powiększone i 4) że w dwóch przypadkach ciężkiéj bielicy śledzionowéj, obserwowanych w klinice prof. Korczyńskiego, nie napotkano leucyny ani we krwi, ani w moczu chorych. W owych dwóch ostatnich przypadkach zwrócił kol. Prus uwagę na tak zwane „płytki krwi Bizzozery“. Ze względu, że płytki te ulegają bardzo łatwo rozpadowi nie podobna było zliczyć ich sposobem dotychczas praktykowanym. Po długich jednak próbach udało się prelegentowi w zmodyfikowanym odpowiednio płynie Flemminga wynaleźć roztwór utrwalający płytki Bizzozera. Obliczenia dokonane przy zastosowaniu tego płynu pouczyły, że ilość płytek wzmiankowanych we krwi bielicowéj jest znacznie zwiększoną; podczas gdy bowiem w stosunkach normalnych ilość ich wynosi w 1m.sz. krwi około 500.000, w bielicy napotyka się ich do 2.000.000. Powyższy roztwór uwydatnia nadto bardzo pięknie jądra ciałek białych, na których nieraz dało się obserwować tak zwaną karyokinezę, t. j. dzielenie się jądra, a następnie pierwoszcza ciałka białego. W końcu nadmienia prelegent o kryształkach Charcot-Neumanna, nie zgadzając się z zapatrywaniem Zenkera, który powstanie tych kryształków odnosi do rozpadu ciałek białych, gdy one zdają się powstawać najprawdopodobniéj z osocza krwi. *Dr. Dobruchowski.*

Towarzystwo lekarzy kijowskich.

Posiedzenie zwyczajne z d. 26 grudnia 1885 r.

Przewodniczący prof. Münch. Członków obecnych 34.

1) Kol. Tomaszewski przedstawił chorego z oddziału kiłowego kijowskiego szpitala garnizonowego, u którego wystąpiły zmiany kiłowe w ścięgnach stawu kolanowego lewego (zgrubienie i przerost *lig. patellae propria)* oprócz tego kilakowe zmiany na grzbiecie ręki i nogi lewéj. — W dyskusyi, w któréj przyjęli udział kol. Münch, Flejszer i Szadek, wypowiedziana była wątpliwość co do ostatecznego rozstrzygnięcia dyjagnozy w danym przypadku i przypuszczenie, czy zmiany spostrzegane u chorego nie są gruźliczego pochodzenia, szczególnie na ręce i stopie tém bardziéj, iż ciecz wypływająca z ledwo dostrzegalnéj przetoki na nodze nie była dokładnie zbadaną co do obecności w niéj laseczników gruźlicy. — Kol. Szadek nadmienił téż, iż zmiany chorobowe na ręku i nodze nie są ściśle odgraniczone, lecz są dość rozlane, z charakterem zapalnym, cech zaś wybitnych właściwych kilakom nie przedstawiają; rozpoznanie ściśle zresztą może być stwierdzone późniejszym spostrzeganiem przypadku.

2) Kol. Borjakowski opowiedział przypadek spostrzegany w klinice położniczéj uniwersyteckiéj, w którym u młodéj kobiety w skutek nieostrożnego i gwałtownego pierwszego spółkowania nastąpiło obrażenie międzykrocza, ostatnie wywołało powstanie przetoki międzykrocza łączącéj się z odbytnicą. — W dyskusyi kol. Rejmann wypowiedział wątpliwość co do téj okoliczności, aby *coitus* mógł być rzeczywistą przyczyną powstania przetoki i opierając się na kazuistycznych szczegółach odnośnych, ogłoszonych przez rozmaitych autorów przypuszczał raczéj, iż obrażenie międzykrocza powstało w danym przypadku z innego jakiegoś powodu, a który chora życzyła sobie ukryć (np. umyślne obrażenie obcém ciałem, co nieraz miewa miejsce przy sprośnych igraszkach zepsutéj młodzieży obojéj płci w niewykształconéj niższéj klasie społeczeństwa).

3) Kol. Kozłowski przedstawił chorego z otworami w środkowéj części szyi na wewnątrz od *m. sternocleidomastoideus* usadowionemi z obu stron; otwory te prowadzą do wązkich przewodów komunikujących się z jamą gardła *(cavum pharyngis)*, ostatnią okoliczność stwierdzić można przy zastrzykiwaniach płynów przez zewnętrzny otwór przewodów lub wprowadzając zgłębnik. Przewody wymienione, lub raczéj przetoki, są wrodzonemi i powstały w skutek niezasklepienia się łuków skrzelowych płodu w pewnym okresie życia zarodkowego.

4) Kol. Flejszer okazał spirytusowy preparat torbiela, który był wycięty w przypadku podobnym do przedstawionego przez kol. Kozłowskiego. W tym przypadku zewnętrzny otwór przewodu zarósł, w skutek czego wytworzył się torbiel na szyi u chorego.

5) Kol. Münch demonstrował anatomiczne okazy bąblowca nadnercza i bąblowca lewego płatu wątroby. W ostanim przypadku nowoutworzony worek z bąblowcami przez ucisk na żyłę główną dolną wywołał jéj zarośnięcie.

6) Kol. Sudakiewicz opowiedział w krótkości o wynikach, jakie otrzymał badając w pracowni patologicznéj prof. Müncha drobnowidowe zmiany w zwojach nerwowych *(ganglion Gasseri et cervicale sup.)*, wziętych z 2 osobników, cierpiących za życia na trąd *(lepra)*. Zwróciwszy na to uwagę, iż trąd zwykle wywołuje tak zwane śródmiąższowe zmiany w narządach dotkniętego chorobą, miąższ zaś zwykle pozostaje nietknięty i ulega cierpieniu dopiero następnie, prelegent mówi, iż badając pod drobnowidem zwojowe komórki trędowatych, nadspodziewanie napotkał doniosłe zwyrodnienie i zmiany w substancyi komórki, mianowicie wykazywała ona obecność laseczników, właściwych

trądowi (*bacilli leprae*), które były skupione śród komórki lub usadowiały się w obwodzie ostatniéj; oprócz tego w komórkach zwojowych spostrzegał zanikową sprawę zwyrodnienia substancyi będącą zapewne w przyczynowym ścisłym związku z obecnością laseczników w komórce. Większa część komórek w zwoju zwykle przedstawiała się znacznie zmniejszona w swéj objętości; obok jednak zanikających komórek można téż było czasem napotkać i przerosłe komórki.

W dyskusyi kol. Sikorski zwraca uwagę na wysoce naukową doniosłość wyników otrzymanych przez kol. Sudakiewicza, gdyż dotąd nikt podobno nie spostrzegał drobnotworów wewnątrz komórek zwojowych; komórki te są zawsze uważane za nietykalne w stosunku do przenikania drobnotworów.

Dr. Karol.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 13 maja 1885 r.

Przewoduiczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 6.

1) Przewodniczący zawiadomił, że stósownie do uchwały powziętéj na ostatniém posiedzeniu Komisyi balneologicznéj, podanie popierające prośbę stowarzyszenia mającego zamiar budować kolej żelazną diagonalną z Dobry do Wieliczki, któraby znacznie skróciła drogę do naszych zakładów leczniczych i klimatycznych, a zwłaszcza do Rabki, Zakopanego i Szczawnicy, zostało przesłaném z początkiem bieżącego roku do Ministerstwa handlu. Czy skutek odniesie, dotychczas nie wiadomo.

2) Przewodniczący odczytał list Dra Dobieszewskiego lekarza zdrojowego w Maryjenbadzie, w którym tenże donosi, że przyjął na siebie obowiązek dostarczania opisów zdrojowisk polskich do wychodzącego właśnie obszernego dzieła, wydawanego przez Dujardina-Beaumetza pt. „*Dictionaire des sciences médicales*“, a zarazem prosi Komisyi balneologicznéj o dopomożenie mu w otrzymaniu potrzebnych wiadomości. Komisyja czyniąc zadość życzeniu kol. Dobieszewskiego uchwala stósowną odezwę wysłać do zarządów zdrojowisk, aby wprost na ręce Dra Dobieszewskiego w jak najkrótszym czasie nadesłały najnowsze broszury i potrzebne wiadomości o zakładach pod ich opieką zostających.

3) Przewodniczący podał wiadomość, iż na ponowne wezwanie rozesłane w listopadzie r. 1884, do zarządów zakładów zdrojowych, które dotychczas nie odpowiedziały na wezwanie Komisyi o nadesłanie wiadomości potrzebnych do skreślenia krótkiego lecz treściwego opisu wszystkich zakładów zdrojowych i klimatycznych na ziemiach polskich się znajdujących (a takich było 36), zaledwie siedem uczyniło zadość wezwaniu a mianowicie: Rabka i Wysowa w Galicyi, Czigielka i Żulin z pogranicza Węgier, Nałęczów i Sławinek z Królestwa Polskiego i Druskienniki z Litwy. Dodatkowo otrzymała Komisyja opis Głębokiego, lubo niebędący odpowiedzią na posłaną odezwę. Razem tedy z 49 zakładów istniejących na ziemiach polskich, do których odezwę rozesłano, dostarczyło materyjału potrzebnego Komisyi zaledwie 18 (11 z Galicyi, 1 ze Śląska, 2 z Węgier, 2 z Królestwa polskiego i 2 z Litwy) nie dostaje zatém materyjału z 31 zakładów i to właśnie takich, o których Komisyja nie ma żadnych albo tylko bardzo małe wiadomości, wcale niedostateczne, aby je można było opisywać. Przy takiéj obojętności i niepoznaniu własnego interesu ze strony zarządów zakładów, nie pozostaje Komisyi nic innego, jak tylko otrzymane materyjały zachować w aktach Komisyi, a doprowadzenie do skutku zamierzonego przedsięwzięcia odłożyć „*ad feliciora tempora*“. Wniosek Przewodniczącego jednomyślnie przyjęto.

4) Profesor Dr. Olszewski podał wypadki świeżo przezeń dokonanego rozbioru chemicznego wody ze zdroju Kaźmierza w Rabce. Przedstawia je następująca tablica.

Ciepłota wody + 10°C. Ciężar gatunkowy 1.00992.

W 1000 gramach wody znajduje się:

Chlorku potasu	0.285570
Chlorku sodu	11.580820
Jodku sodu	0.010853
Bromku sodu	0.028610
Boranu sodowego	0.230950
Węglanu sodowego	0.442870
Węglanu litowego	0.052420
Węglanu wapniowego	0.141890
Węglanu magnowego	0.080050
Węglanu strontowego	0.002970
Węglanu manganowego	0.001710
Węglanu żelazowego	0.000661
Siarkanu potasowego	0.021420
Siarkanu barowego	0.006710
Tlenku glinowego	0.000112
Kwasu krzemowego	0.009600
Razem składników stałych przez zespolenie otrzymanych	12.897216
Składników stałych przez odparowanie otrzymanych	13.045950
Ciała organiczne i strata	0.148734
Kwasu węglowego wolnego	0.246980

Rozbiór ten wykazał w porównaniu z rozbiorem téj saméj wody przed rokiem dokonanym nieznaczne tylko różnice, co dowodzi, że woda tego zdroju nie podlega znacznym zmianom w skutek dopływu wody słodkiéj. Pomiędzy składnikami wody w zdroju Kaźmierza zasługuje na szczególną uwagę boran sodowy, który przy rozbiorze dokonanym przed laty przez śp. Aleksandrowicza został pominiętym, jakkolwiek znajduje się stosunkowo w znacznéj ilości. Nie ulega wątpliwości, że i inne zdroje rabczańskie składnik ten w jeszcze większéj ilosci zawierać muszą; okoliczność ta jest ważną z tego powodu, że boran sodowy w nowszych czasach coraz większego doznaje zastósowania jako środek leczniczy.

W dyskusyi nad tym przedmiotem brali udział koledzy Blatteis, Trochanowski i Przewodniczący.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Ściborowski.

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

Same zaś klimatyczne różnice najściśléj dają się uwydatnić uwzględnieniem ich wpływu na rozwój stanów chorobowych. W pasie téż północnym zimnym spotykałem przeważnie cierpienia zapalne głównie w narządzie oddychania, gośćce stawowe ostre i długotrwałe, zapalenie spojówki połączone z bardzo znaczném obrzmieniem powiek, rzadziéj niż gdzieindziéj, zimnicę i dur, lecz za to choroby pasorzytowe skóry, kiła z bardzo gwałtownemi pojawami, cierpienia organów płciowych u kobiet, dawały się tu często zauważyć. W pasie wschodnio-północnym umiarkowanym uważałem następujące stany chorobowe: zapalenie opon mózgowych, jelit i płuc, czerwonkę, dur plamisty, gościec stawowy i wreszcie zimnicę z wielką bardzo skłonnością do wywołania charłactwa. Kiła, i tutaj częsta, występuje jednak z pojawami mniéj gwałtownemi. Choroby skórne są rzadsze. Tu i owdzie spotyka się trąd. W pasie wschodnim zimniejszym, mianowicie pośród ludności zamieszkującéj skłony Elwendu i Elburz, najczęściéj uważanemi przypadkami chorobowemi są to zapalenia stawów, ustalanie się procesu chorobowego w gruczole przyusznym, kamienie moczowe, a ze stanów zakaźnych: dławiec, ospa i błonica panując tu nagminnie sprawiają bardzo znaczną śmiertelność. We właściwym zaś tu pasie umiarkowanym bardzo obszernym i zbliżonym swym południowym kątem ku strefie gorącéj, prócz stanów chorobowych wyżéj zacytowanych, uważamy jeszcze okres bardzo gwałtownych zimnic, z następowym znacznym przerostem śledziony, niekiedy zapalenie wątroby miąższowe, choroby zapalne i zakaźne, w których dur plamisty, choleryna, czerwonka, błonicowe zapalenie jelit, dławiec i krztusiec, wreszcie od czasu do czasu wybuchająca tu dżuma, dominują nad innemi stanami patologicznemi. Choroby narządu oddy-

chania spotykają się tu dość często, z przebiegiem zawsze prawie fatalnym. Przypadków kiły mniéj się spotyka, z powodu, że ludność złożona przeważnie z plemion koczujących, mało jeszcze zasmakowała w przyjemnościach miejskich. Lecz przeciwnie choroby skórne zdają się mieć tu ognisko swego rozwoju i jakakolwiek ich natura i przyczyna spotykają się tu nadzwyczaj często, będąc przedmiotem zajmującym całe rodziny leczących doradców. Wreszcie pas gorący, a właściwie przejście z pasa umiarkowanego do gorącego, cechują choroby powstałe ze zmian, jakim uległy pewne narządy ustroju, tu więc spotykamy tężec i konwulsyje, zapalenie, zwyrodnienie i ropienie wątroby, ciężkie i uporczywe choroby skórne, kiłę z przebiegiem również gwałtownym jak i w prowincyjach północnych; ciekawe i zdumiewające stany chorobowe u starców z przyczyną usadowioną prawie stale w narządzie krążenia; daléj cierpienia powstające w skutek nadużyć tak pokarmów jak i napoi, wywołujących bardzo tu częste stany zapalne ostre i długotrwale głównie w organach narządu trawienia. Bardzo szybkie zmiany w temperaturze dnia i nocy, na które obcy mianowicie przybysze nie zwracają uwagi, bardzo często stają się powodem ciężkich i długotrwałych czerwonek. Téj również przyczynie należy przypisać często obserwowane tu tężce, konwulsyje i ostre stany zapalne płuc. Wreszcie pas to, gdzie choroby zakaźne znajdując wolne i stósowne do swego rozwoju pole występują z wielką energiją, panują nagminnie lub przybierają charakter epidemii, rozwlekają się na znaczne przestrzenie. Niemniéj ważną do zacytowania jest tu jeszcze i wielka bardzo częstość gruźlicy, występującéj przeważnie u kobiet i dzieci i dająca się wytłumaczyć ogólną wątłą budową mieszkańców, sposobem ich życia, rozmaitego sposobu nadużyciami, a głównie zdaje się wzmacnianiem nibyto ustroju środkami podniecającemi, w których liczbie figurują przeważnie rozmaite istoty korzenne. Tutaj też śmiertelność pośród mieszkańców jest bardzo znaczną. I jakkolwiek wynagradza ją znaczna stosunkowo płodność, to jednak wolno jest przyjąć jako pewnik, że w tym to pasie umiera jeden na 23 mieszkańców. Cyfra to znaczna, o połowę większa niż w Europie i dorównywająca prawie śmiertelności obserwowanéj w Indyjach wschodnich. Pomimo to jednak w tych to prowincyjach wykłuły się i rozwinęły zasady, będące podstawą perskiego panteizmu. W takim np. Szyrasie kwitnęły nauki, działali ludzie dążący do uszlachetnienia kobiety i wprowadzenia społeczeństwa na inne tory. Dziś pozostały tylko wspomnienia lepszego dawnego bytu, i żal po ich stracie, wyrażający się narzekaniami na niestałość klimatu i potrzebę znoszenia jego szkodliwych wpływów jako zasłużonéj niby kary!

Mniéj skłonny od innych wschodnich ludów do zastanawiania się nad tajemnicami gwiaździstego namiotu, jaki natura rozpostarła nad planetą-ziemią, prawdziwy Pers, byle tylko nieduchowny, często wdaje się w rozprawy i z pewnym gorączkowém i charakterystyczném zajęciem traktuje kwestyję meteorologii własnego kraju. Częste prowadząc z niemi pogadanki, sam narzekając na zbyteczny upał lub dokuczliwe zimno i wszystko co niestałość zmian atmosferycznych pociąga za sobą, z przyjemnością widziałem, jak moi w wysokich kołpakach słuchacze chwytali każdą wiadomość dotyczącą klimatu. Przekonałem się jednak, że powodem téj ich natężonéj uwagi nie było co innego, jak tylko chęć dowiedzenia się, czy też pośród tak wiele pracujących „frenkow“ nie zrobiono dotąd żadnego kroku w celu oznaczenia źródła, z którego pochodzi wiatr tak nam dokuczający nieraz i czyby nie dało go się zamknąć w pewnych granicach posłuszeństwa. A jeżeli nie zamknąć, to ścieśnić przynajmniéj? Podobne pytanie, jakby nie było jowialném oczywiście pochodziło od tych co czytali lub słyszeli coś o mitologiczném znaczeniu wiatru i o tém, zkąd starożytni wyprowadzali jego źródło. Wielkie też było zdziwienie moich ciekawych, gdy im zacytowałem parę istotnych przyczyn tych anormalnych prądów powietrznych, gdy pokazałem sposoby mierzenia ich siły i szybkości za pomocą anemometru i anemografu, a głównie gdy wypowiedziałem zdanie, że te to prądy powietrzne pewna część naszych uczonych uznaje za drogę ułatwiającą przenoszenie się chorób zakaźnych z jednéj okolicy w drugą. Byłoto wystarczającém do pogrążenia myślących Persów w głęboką zadumę, dziwienia się naszéj naiwności sanitarnéj w takiém ustaleniu kordonów i kwarantan i wreszcie wypuszczenia kilku energicznych kłębów dymu z odświeżonego Kalyanu, podanego na zakończenie dysputy.

W istocie też mieszkańcy Persyi mają racyję uskarżania się na prądy wiatru gwałtowne, długotrwałe, dokuczliwe i dobrze dające się uczuć z powodu źle zaopatrzonych mieszkań i przy potrzebie podróżowania bez względu na porę roku. O ile też mogłem się zapewnić, niestałość warunków klimatycznych podtrzymuje tu zmienny kierunek prądów powietrznych. Czy zaś przyczyna ich leży w niejednostajném działaniu cieplika na rozmaite warstwy powietrza, czy w natężeniu i szybkiém tworzeniu się mas obłoków, czy w działaniu siły elektrycznéj, o tém mogą przekonać tylko dłuższe doświadczenia. Dla mnie to tylko pozostaje pewnym dowodem, że jakąkolwiek byłaby przyczyna wiatrów tutejszych, wszystkie one nie dadzą się zaznaczyć jako posiadające ten lub ów ścisły kierunek, zkąd wydatną ich cechą jest przypadkowość. Jednakże jednym z prądów mających tu swą nazwę jestto wiatr północno-zachodni, panujący od połowy października do końca marca, co do kierunku i siły odpowiadający włoskiemu Bora, i zwany tu „Kara-jel“. Wiejąc od północy przy paśmie Talwentu prąd ten rozdziela się na dwa kierunki, z których jeden dążąc na wschód łagodnieje w okolicach południowych pasma Elburz; drugi postępując daléj na południe, całą swą siłę jednoczy na skłonach pasma Elwend i Gerdane. Jestto wiatr zimny, wilgotny, oddziaływający fatalnie na zdrowie mieszkańców tych okolic, przez które przebiega. Drugi prąd powietrza zupełnie przeciwny wspomnianemu jestto tak zwany „Hawa“, wiatr południowo-zachodni z kierunkiem od zatoki perskiéj i półwyspu arabskiego. W tym swoim biegu przez rozgrzane warstwy powietrza prąd ten nasyca się ich cieplotą przenikając do Persyi jako „Sammyal“, wiatr ognisty stósownie do miejscowych pojęć. Siła jego jest jednak znacznie łagodniejszą od gorącego wiatru pustyni. Trwa dwa miesiące w ciągu lipca i sierpnia. Lecz i ten krótki okres wystarcza, aby dać poznać mieszkańcom, jak jest przykrém a nawet niebezpieczném spotkanie się z waryjacką siłą jego prądu. Nieopisany stopień osłabienia, duszność, bardzo gwałtowne zapalenie błony śluzowéj oka, wysychanie i chropowatość skóry, zresztą niczém niedające się uśmierzyć pragnienie, oto objawy, jakich doświadcza każdy, którego konieczność naraziła na spotkanie się z tym prądem powietrza. To też Persowie zmuszeni do podróżowania w téj porze roku, a głównie wynajmujący konie do przewozu towarów, przebywając przestrzenie od Bender-buszyru do Szyrasu i Ispahanu, mają zwyczaj nasmaro-

wywania ciała rodzajem wilgotnego ciasta, mięszaniną złożoną z krzemionki magnezyjowéj (Talk) wodnistéj, pewnéj ilości smoły mineralnéj (Memnye), rozrobionych w świeżéj maślance (Dug). Sposóbto dość praktyczny. Zabezpiecza bowiem skórę od działania zbyt gwałtownych prądów powietrza, lecz też i zanieczyszcza ją znakomicie, tak że tylko zimniejsza pora roku i częste łaźnie zdolne są zaledwie powrócić skó rze jéj pierwotną barwę. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 29,7. Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (2 z. t.); z duru plamistego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z róży 2 (0 z. t.); z gruźlicy 9 (12 z. t.); z zapalenia płuc 6 (6 z t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 1 róży, 8 duru osutkowego (z ul. Kupa l. 15, z ul. Piekarskiéj l. 12, z ul. Józefa l. 35, ze Stradomia, z aresztu miejskiego, z ogrzewalni 3). W tygodniu od 7—13 marca umarło z ospy: w Warszawie 2, w Wiedniu 5, w Pradze 7, w Rzymie 10, w Zurychu 8, w Paryżu 5; z duru osutkowego umarło: w Petersburgu i Londynie po 1; z duru powrotnego w Peters burgu 7; z duru brzusznego: w Warszawie 12, w Hamburgu 9, w Paryżu 15, w Petersburgu 23; z odry umarło w Berlinie 15, w Rzymie 25, w Paryżu 12, w Londynie 37, w Petersburgu 20. Z płonicy umarło w Hamburgu 9, w Paryżu 11, w Petersburgu 31. Z błonicy umarło w Berlinie 47, w Dreźnie 8, w Hamburgu 11, w Wiedniu 17, w Paryżu 51, w Londynie 30, w Petersburgu 16. Z krztuśca umarło w Londynie 126. Z cholery umarło w Weronie 10 marca 3, a wyzdrowiało 3.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,0; w Brodach 42,9; w Drohobyczu 71,8; w Kołomyi 53,7; w Przemyślu 24,6; w Stanisławowie 27,9; w Tarnopolu 43,9; w Tarnowie 34,1; w Czerniowcach 51,1; w Pradze 42,9; w Wiedniu 36,2; w Lincu 23,4; w Salcburgu 36,5; w Gracu 38,5; w Tryjeście 34,9; w Insbruku 39,4; w Bernie 46,8; w Ołomuńcu 25,5; w Opawie 34,9; w Warszawie 33,7; w Poznaniu 23,7; w Budapeszcie 35,1; w Berlinie 27,7; we Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25.4; w Hamburgu 25,3; w Lipsku 25,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 30,4; w Bazylei 19,2; w Brukseli 29,5; w Chrystyjanii 35,1; w Genewie 31,5; w Kopenhadze 22,7; w Londynie 28,7; w Odesie 38,2, w Paryżu 29,5; w Petersburgu 37,7; w Pradze 36,8; w Rzymie 3 ,9; w Stokholmie 28,3; w Wenecyi 33,6; w Zurychu 34,2. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 kwietnia. Wydział lekarski na posiedzeniu, odbytém d. 26 marca, mianował kandydata medycyny Wojtaszka demonstratorem przy katedrze farmakologii na rok jeden, oraz uchwalił przedstawić Ministerstwu kand. med. Filimowskiego do nominacyi na asystenta przy katedrze anatomii opisowéj na rok jeden. Dotychczasowi asystenci Drowie Bąkowski i Kadyi ustąpili z posad swoich, pierwszy przyjąwszy posadę lekarza miejskiego w Baranowie, a ostatni wstępując do praktyki w szpitalu św. Łazarza.

* Otrzymaliśmy list następujący: Szanowna Redakcyjo! Z dniem 1 kwietnia opuszczam Radziechów i przenoszę się do Gliniąn, gdzie otrzymałem stałą posadę. W skutek tego uważam za swój obowiązek zawiadomić szan. kolegów, że miejsce Radziechów jest ze wszech miar korzystném dla lekarza, albowiem w przeciągu jednorocznego mego tu pobytu miałem przeszło 2 tysiące złr. dochodu. Przytém stosunki towarzyskie, tak w mieście jak i w okolicy są przyjemne. Byłoby ze wszech miar korzystném dla kolegi mającego zamiar tu się osiedlić, aby to uczynił jak najprędzéj, w takim razie mógłby całą moją praktykę bezpośrednio objąć nie potrzebując jéj sobie dopiero wyrabiać.

Dr. Kazimierz Podlewski.

* Dr. Konstanty Heumann, starszy lekarz sztabowy i szef sanitarny w Budapeszcie, przeniesiony został w stan spoczynku na własne żądanie z powodu braku zdrowia.

* Podczas gdy fizyjolog Paweł Bert obejmuje właśnie urząd jeneralnego gubernatora Tonkinu, inny lekarz wybrany został prezydentem rzeczypospolitéj południowo-amerykańskiéj Uraguay: lekarzem tym jest Dr. med. Vidal.

* Niedawno temu pojawiła się w Krakowie niewiasta, która pod pretekstem, że jest wdową po doktorze medycyny, ogłaszała w pismach publicznych, że posiada tajny środek przeciw suchotom płucnym i rakowi, i że w hotelu przyjmuje codziennie chorych. W skutek szybkiéj interwencyi fizyka miejskiego policyja poleciła szalbierce opuścić natychmiast Kraków. Pokazało się, że niewiasta ta pochodzi z Czech i wcale nie jest wdową po lekarzu.

* **Praga czeska** 22 marca. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lekařův českých" przedstawił Dr. Deyl 16-letnią dziewczynę z kliniki prof. Schöbla. Chora dostała przed 3 tygodniami po przeziębieniu się na deszczu dreszczów, po których wystąpiła dosyć ostra gorączka, z bólami w krzyżach, gardle i czole. Te ostatnie zwłaszcza miały być gwałtownemi W nocy z 5 na 6 bm. wystąpiła u choréj zupełna amauroza. Powieki zamknięte z trudnością tylko podnosiła chora na wezwanie, spojówka lekko nastrzyknięta, źrenice rozszerzone, tarcza nerwu wzrokowego naciekła (barwy woskowéj świecy), naczynia niezmienione. Już 4go dnia wystąpiły na tarczy objawy zaniku. Demonstrujący przypuszcza jako przyczynę amaurozy (zaniku nerwu wzrokowego) zmiany zapalne na podstawie czaszki i to ograniczone do tego miejsca, gdzie nerwy wzrokowe po skrzyżowaniu się wstępują do oczodołów. Zmiany zapalne przed skrzyżowaniem wyklucza z powodu, że nn. okoruchowe i bloczkowe nie były zajęte. Pytanie, czy zmiany te zapalne odnieść należy do *meningitis cerebro spinalis sporadica*, czy *meningitis basilaris tuberculosa*, pozostawia nierozstrzygniętém. Podnosi tylko tę okoliczność, że jedno z rodzeństwa choréj zmarło z gruźlicy płuc. *Dr. Obrzut.*

* **Wiedeń**. Tow. lekarskie wybrało prezydentem swoim prof. Bambergera, jego zastępcą prof. Billrotha, a sekretarzem 1m prof. Kundrata; przewodniczącym zaś na posiedzeniach naukowych proff. Exnera, Mauthnera i Wider hofera. Członkami honorowymi wybrani zostali: prof. Julijusz Béclard w Paryżu i Dr. Ignacy Hirschler, członek Izby magnatów w Budapeszcie, korespondentami proff. Koranyi i Lumniczer w Budapeszcie.

* **Paryż** Dla zakładu „Pasteura" obok zebranych dotąd 240.000 franków Akademija lekarska przeznaczyła 10.000, a w parlamencie uczyniono wniosek, aby Rząd przeznaczył na ten cel 200.000 franków.

* **Charków**. Lekarze ordynujący w klinice psychijatrycznéj prof Kowalewskiego 1 rowie Gutników i Dawydów ukąszeni przez chorego, cierpiącego na wściekliznę, wyjeżdżają do Paryża, w celu poddania się leczeniu Pasteura.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk**. W miejsce Strümpella powołanego do Erlangi przedstawiony został jako kierownik polikliniki prof Hoffmann z Dorpatu. — **Zurych**. Dr. Otton Haab, docent prywatny okulistyki, wybrany został prof. okulistyki w miejsce Hornera. — **Insbruk**. Na wakujące dwie katedry: patologii ogólnéj i farmakologii Wydział lekarski jednogłośnie przedstawia asystentów wiedeńskich Gaertnera i Möllera. — **Berlin**. Prof. Gerhardt mianowany został członkiem Najwyższéj Deputacyi umiejętnéj a ustępujący prof. Quincke otrzymał order orła czerwonego 2 kl — **Graz**. Dr. Gustaw Pommer potwierdzony został jako docent anatomii patologicznéj, a docent Dr. Kessel powołany został jako nadzw. prof. otyjatryi do Jeny. — **Petersburg**. Drowie Jakubowicz i Kowalkowski habilitowali się w Akademii wojskowo-lekarskiéj jako docenci prywatni, pierwszy dla pedyjatryi a ostatni dla higijeny.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Leon Rosenbusch ze Lwowa i Justyn Karliński z Krakowa.

* **Nekrologija**. W Pradze umarł Dr. Józef Nowak, profesor higijeny w Uniwersytecie wiedeńskim w 45 roku życiaa Znany, pracowity autor dzieła o higijenie, które od r. 1881 kilk. doczekało się wydań, od lat kilku zapadł na przewlekłe cierpieniu

mózgowe i już od dłuższego czasu nie był w stanie pełnić obowiązków swoich. We Wiedniu umarł lekarz sztabowy, okulista. Dr. Picha, w Montpellier prof. ginekologii Courty, w Nowym Yorku Dr. Austin Flint, przewodniczący Wydziału gospodarczego przyszłego Zjazdu międzynarodowego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Zdrowiu* Nr. 7: Leśnika: Fizyjologija alkoholizmu; Łuczkiewicza: O węgierskich cieplicach żelezistych; Sokołowskiego: Przyczynek do statystyki szpitalnéj. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Modrzejewskiego: O leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha środkowego; Rejchmana: O przepłukiwaniu żołądka jako metodzie leczniczéj (dok.). — W *Medycynie* Nr. 13: Sokołowskiego: W kwestyi wyleczalności i leczenia owrzodzeń gruźliczych krtani; Rosenthala: Przyczynek do nauki o afazyi zmysłowéj (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7 kwietnia o godzinie 6téj wieczór w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwykłe, na którém: 1) odbędzie się dalszy ciąg dyskusyi nad wnioskiem komisyi przemysłowéj, 2) poczém kol. Pieniążek mówić będzie o postępowaniu w obec zwężeń po tracheotomii w przebiegu krupu.

Sprostowanie Na str. 191, w. 8, zamiast rozczynu wyskokowego, winno być: „rozczynu wodnego"; str. 191, w. 16, zam. wybujałości bliznowatych, ma być: „przerostu błony śluzowéj obok bliznowatych ściągnięć"; w. 25, zam. kokainu (0,5, ma być: „kokainu 0,05"; w. 26, zam. po dwóch, ma być: „po kilku"; w. 30, zam. na raz, „na jedno posiedzenie"; w. 52, zam. a względnie, ma być: „a w głębi".

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla Członków Towarzystwa Lekarskiego galicyjskiego: Sprawozdanie Rady zawiadowczéj Tow. lekarzy galic za r. 1885.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

L. 122.

KONKURS.

Na posadę Asystenta 2go przy katedrze Anatomii opisowéj Uniw. Jagiell. rozpisuje się niniejszém.

Ubiegający się o tę posadę zechcą złożyć podania swoje na ręce podpisanego dziekana do d. 15 kwietnia rb.

Kraków dnia 31 marca 1886 r.

Dr. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.